

# COMPORTAMIENTO DEL ORIFICIO DE IMPLANTACIÓN DEL CATETER EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS

**Antonia Concepción Gómez Castilla, Jesús Lucas Martín Espejo, Carmen Trujillo Campos, Ángela Laguillo de Castro, Mercedes Tejuca Marengo, Encarnación López Bermúdez, Cristina Ortega Cuadro, Julia Rodríguez Pérez, Piedad González de la Peña García, Flora López González**

*Grupo Andaluz de Diálisis Peritoneal*

## Resumen

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones del orificio de salida en diálisis peritoneal, son la morbilidad más frecuente actualmente en este tipo de pacientes.

Los procedimientos para los cuidados del orificio son casi tan variados como los propios pacientes y no resulta fácil definir un único método que garantice el buen estado del orificio.

Nosotros hemos querido observar como actuaban nuestros pacientes y cual había sido el comportamiento del orificio, para lo que diseñemos este estudio descriptivo.

### OBJETIVOS:

Valorar el comportamiento del orificio relacionado con el procedimiento utilizado en los cuidados del mismo.

Valorar la incidencia de peritonitis relacionada con la infección del orificio.

### PACIENTES Y MÉTODO:

**Tipo de estudio:** Observacional descriptivo.

**Intervalo de estudio:** enero 2004/diciembre 2005 ( 24 meses)

**Población:** Hemos estudiado 306 pacientes en programa de diálisis peritoneal de nuestra Comunidad Autónoma con una edad media de  $53,6 \pm 20,3$ , de los que 162 (52,9%) eran hombres y 144 ( 47,1%) eran mujeres, con un tiempo en diálisis de  $22,3 \pm 19$ , de ellos 138 (45,1%) habían estado en DPCA y 168 (54,9%) en DPA.

En la recogida de datos se definieron los orificios en razón de su aspecto y posteriormente se agruparon como equívocos: los orificios con costra, los que presentaban eritema, los que tenían granuloma y los orificios traumáticos sin

detección de gérmen. Los orificios traumáticos en los que se había detectado algún germen se consideraron infección, así como los orificios exudados.

Para definir las peritonitis, las consideramos peritonitis relacionadas (PR) cuando el germen causante era el mismo que el detectado en el orificio y coincidente en el tiempo con el episodio de infección de dicho orificio, y peritonitis no relacionada (PNR) en los demás casos.

Para hospitalizaciones se valoró como relacionadas únicamente las peritonitis, fueran relacionadas o no con la infección del orificio y las relacionadas con pérdida de catéter y hospitalización para implantación del siguiente.

## **RESULTADOS:**

El 46% de infecciones se produjeron entre mayo y septiembre donde la temperatura es más alta en nuestro entorno y algunos de nuestros pacientes comienzan a utilizar ya el baño por inmersión en piscinas o playa, observando una menor incidencia que durante el invierno pero sin diferencias significativas. El porcentaje de episodios que duró más de tres meses (crónico), destacando los porcentajes más elevados durante el 2º y 3º episodios. ( $\approx 30\%$ ) y el % de pacientes que evoluciona a pérdida de catéter, donde destaca igualmente el índice de catéteres perdidos ( $\approx 15\%$ ) en el 2º y 3º episodios de observación.

Los más bajos índices de infección se presentan en los pacientes que sólo utilizan agua y jabón (3.3%) así como los que utilizan povidona yodada (7.1%). Hemos detectado asociación con  $p < 0,05$  mediante chi-cuadrado para todas las opciones de limpieza del orificio.

El mayor índice de infección se produce tanto en los pacientes portadores habituales (40%) como en los portadores ocasionales (34.4%) de estafilococo áureo. Siendo además los que más episodios de infección del orificio padecen a lo largo de los 24 meses de nuestro estudio, apareciendo también asociación con  $p < 0,05$  mediante chi-cuadrado.

Destaca el alto índice de orificios infectados (29,6%) cuando es el cuidador quien efectúa los cuidados.

El mayor índice de infecciones del orificio se presenta en los pacientes que necesitan ayuda para caminar y en los que necesitan ayuda en la higiene y el vestido (21.7%).

En la distribución de gérmenes causantes de las infecciones del orificio, destaca el alto porcentaje de infecciones (65.7%) producidas por gérmenes gram positivo cuyo hábitat es piel y mucosas.

En la distribución de infecciones del orificio por pseudomonas en los pacientes que utilizan secador para el secado del orificio (8.3%) es menor que en los que no lo utilizan (16.4%).

En la distribución de gérmenes que aparecen en el orificio cuando los pacientes se duchan con apósito y cuando este es retirado para la ducha, destacando el % más elevado de la mayoría de los gérmenes cuando el paciente no retira el apósito para ducharse, sino que se ducha con el y procede luego a la cura.

El % de pacientes que padece peritonitis en los 24 meses del estudio, distinguiendo la incidencia de PR con las infecciones del orificio (8,8%) y las PNR (17.3%), presenta una media de  $0.16 \pm 0.48$  episodios/paciente para las PR y  $0.23 \pm 0.52$  episodios/paciente para la PNR.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En nuestro estudio hemos encontrado una alta incidencia de IOT producidas por gérmenes gram positivo de piel y mucosas con una correlación fuerte con el hecho de que el paciente/familiar cuidador sea portador nasal de estafilococo áureo y que aparecen con mayor frecuencia en los pacientes que no retiran el apósito para la ducha..

Así mismo hemos detectado un aumento en infecciones por pseudomona cuando el paciente no procede al secado del orificio con secador, lo que puede contribuir al mantenimiento de la humedad.

Las diferencias existen en las IOT según el procedimiento de limpieza, creemos está justificado por la dinamicidad del proceso y que es más efecto de las infecciones que causa de las mismas.

Es importante la incidencia de peritonitis que pueden estar relacionadas con las IOT así como la morbilidad en días de hospitalización que produce, así como la necesidad del cambio de catéter sobre todo en episodios crónicos y repetitivos, produciéndose sobre todo en gérmenes como estafilococo áureo y pseudomonas.

**Nota:** Este trabajo será publicado íntegramente en la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.